Lane Medical Library

Aus der Universitäts-Franen-Klinik zu Greifswald.

6 Fälle von Episio-Perineoraphie
nach Sänger (Lawson Tait)

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königl. Universität zu Greifswald

am

Donnerstag den 17. Mai 1888

Mittags 1 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Feodor Schubert

prakt. Arzt

aus Schlesien

Opponenten:

Julius Leimbach, cand phil.
Drd. med. Joppich, prakt. Arzt
Drd. med. Steinbrück, prakt. Arzt.

Greifswald.
Druck von Julius Abel.
1888.

Dem Andenken

seines unvergesslichen Vaters,

seiner lieben Mutter

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154001_0294

Jede Operationsmethode, welche durch Einfachheit in der Ausführung und durch Sicherheit des Erfolges eine andere gebräuchliche, welche dasselbe Ziel im Auge hat, übertrifft, ist dazu berufen, diese andre zu verdrängen. Wenden wir diesen Satz auf die Operation des veralteten Dammrisses an, so sehen wir, dass bis in die neueste Zeit diejenige Operationsmethode die übliche war, welche auf dem Princip der chirurgischen Anfrischung beruhend die Herstellung eines neuen Dammes erstrebte. Das Erforderniss der Einfachheit bei der Ausführung der Operation konnte man dieser Methode nicht zusprechen, weil bei derselben eine complicirte Schnittführung und zwar in der Schleimhaut der Scheide und bei completem Dammriss zum Theil auch in der Schleimhaut des Anus nothwendig war. Ein Nachtheil dieser Methode war es auch, dass bei einem Misslingen der ersten Operation dadurch, dass eine zweite wiederum Material aus der Scheidenschleimhaut hinwegnehmen musste, die Scheide in bedenklicher Weise verengt wurde. Die Sicherheit im Erfolge der

Operation wurde durch die Häufigkeit der nach derselben sich bildenden Mastdarmscheidenfisteln zu einer zweifelhaften. In dem Gedanken von der chirurgischen Anfrischung allein abzusehen und dieselbe mit der plastischen Operation der Lappenbildung zu combiniren hat Lawson Tait System gebracht. Wenn auch zugestanden wird, dass diese Idee keine originelle des Engländers ist, dass vielmehr ähnliche Operationen von verschiedenen Geburtshelfern und Chirurgen bereits ausgeführt waren, so hat Lawson Tait es zuerst consequent durchgeführt, in allen Fällen, in denen eine Perineoraphie nöthig war, dieselbe mit seiner combinirten Methode von Anfrischung und Lappenbildung vorzunehmen. Die Operation selbst besteht, um es kurz zu beschreiben, in 3 beziehungsweise 5 graden Schnitten und zwar beim unvollkommenen Dammriss aus 3, beim vollkommenen aus 5 Schnitten. Beim unvollkommenen Dammriss verläuft der erste Schnitt, welcher mit der knieförmigen Scheere angelegt wird, zwischen dem Ende der Narbe und der Anus-Oeffnung quer durch das Septum rectovaginale. Auf den beiden Endpunkten dieses Schnittes werden zwei senkrechte Schnitte bis zum Anfang der kleinen Labien geführt, so dass der Lappen, der so gebildet wird, die Figur eines nach der Scheide zu offenen Rechtecks darstellt.

Dieser sogenannte Scheidenlappen wird nun nach vorn geklappt, die leicht verschiebliche Haut zu

beiden Seiten des angelegten Defects durch Anlegung einer entsprechenden Zahl von Silberdrahtnähten vereinigt, womit der neue Damm vollendet ist. Beim vollkommenen Dammriss ist das Princip dasselbe, nur dass hier ausser dem vorderen Lappen noch ein hinterer dadurch gebildet wird, dass die beiden Schnitte, welche zu den kleinen Labien führen über die Basis hinaus nach hinten bis in den Sphincter verlängert werden, so dass die angelegten Schnitte die Figur eines H bildend, einen vorderen und hinteren Lappen schaffen, nach deren Vor- beziehungsweise Zurückklappen die Bildung des Dammes in der vorherangegebenen Weise erfolgt. Ein so gebildeter Damm zeichnet sich durch stattliche Länge aus. Eine Bildung von Mastdarmscheidenfisteln ist fast völlig ausgeschlossen und nur in dem Falle möglich, dass durch mangelhafte Aseptik ein geschwüriger Abscess sich in der Operationswunde bilden würde.

Schliesslich hat die Methode noch den Vorzug, dass eventuell eine zweite Operation nach Misslingen der ersten in keiner Weise unmöglich gemacht wird. Wenn auch, wie schon gesagt, in einzelnen Fällen ähnliche Operationen auch in Deutschland ausgeführt worden waren, so ist es hier Sänger, der, nachdem er die Methode Lawson Taits kennen gelernt und sich von ihrer Vorzüglichkeit überzeugt hatte, das Interesse der Fachmänner durch eine Monographie in Volkmanns klinischen Vorträgen Nr. 301 für

diese einfache und schöne Operation erweckt hat. Auch in der hiesigen Königlichen Universitäts-Frauen-Klinik ist seit dem Erscheinen des Sänger'schen Aufsatzes die Perineoraphie in allen Fällen, in denen sie überhaupt gemacht wurde, nach der von ihm beschriebenen Methode ausgeführt worden und sind die Resultate, wie aus dem Folgenden hervorgeht, als allen Anforderungen vollkommen entsprechend zu bezeichnen gewesen. Durch die Güte des Herrn Geheimen Medicinalraths Prof. Dr. Pernice bin ich in den Stand gesetzt, die näheren Einzelheiten über diesen Gegenstand durch Besprechung von 6 hier operirten Fällen zu geben:

Frau Günther aus Jatzow bei Treptow a. d. Tollense ist bis zu ihrem 14. Jahre kränklich gewesen. Menstruirt wurde sie zum 1. Male in ihrem 14. Jahre. Die Menstruation stellte sich regelmässig alle 4 Wochen ein und dauerte 8 Tage, verlief mit Schmerzen, ohne Stücken, Fluor war vorhanden. Vor ihrer Aufnahme im Krankenhause hatte die letzte Menstruation vor 14 Tagen stattgefunden. Geboren hatte sie fünfmal, 4 Geburten waren normal verlaufen. Bei der dritten Geburt war die Wendung und Extraction nöthig gewesen, bei welcher ein Dammriss eintrat, der nicht weiter beachtet wurde. Seit dieser Zeit wurden die schon vorher vorhandenen Beschwerden schlimmer. Nach der letzten Geburt vor 4 Jahren ist die Gebärmutter vollständig prola-

birt. Die Beschwerden bestehen in Schmerzen im Schooss, Drängen nach unten, Behinderung beim Gehen.

Status praesens.

Patientin ist von mittelgrosser Statur, schlecht genährt, von schwachem Knochenbau, blasser Farbe, geringem Appetit; der Stuhlgang ist regelmässig, der Urin normal. Bei der äusseren Untersuchung der Genitalien bemerkt man eine birnförmige, 12 cm lange, 8 cm. breite Geschwulst, die von normaler quergerunzelter Haut überzogen, aus den Geschlechtstheilen herausragt. An der Spitze derselben sind deutlich vordere und hintere Muttermundslippe zu erkennen; die letztere ist in 50-Pfennigstück grosser Ausdehnung ulcerirt und mit braungelben Schorfen bedeckt. Die Geschwulst ist nach allen Seiten frei beweglich, die vordere Fläche wird vollkommen von der vorderen Scheidenwand gebildet. Die Blase ist grösstentheils hervorgezerrt und liegt hinter der vorderen Wand der Geschwulst in einer Entfernung von 3 cm. vor der Spitze derselben. Hinten ist die Scheide nicht vollständig prolabirt, die Rectocele nicht vorhanden. Der Muttermund sieht nach unten und hinten beim Betasten der Gesehwulst kann man den hypertrophirten Cervix als penisartigen Strang nach oben verfolgen. Der Damm ist nur einige Millimeter breit, so dass Mastdarm- und Scheiden-Schleimhaut sich fast berühren, Anal-Schluss ist vorhanden

Bimanuell lässt sich der Fundus uteri etwas tiefer

als normal retrovertirt nachweisen. Das corpus uteri ist wenig vergrössert und weich.

Die Sonde dringt 15 cm weit durch den äusseren Muttermund in das cavum uteri ein, nachdem sie einen deutlichen Widerstand am inneren Muttermund erfahren hat. Die Uterus-Anhänge ergeben nichts abnormes.

Diagnose:

Prolapsus vaginae, descensus uteri, elongatio cervicis, ruptura perinei.

Operation:

Die Operation wird in Narkose nach sorgfältiger Reinigung und mehrtägiger Vorbereituug am 10. December ausgeführt und zwar in der Weise, dass zunächst die keilförmige Excision beider Muttermundslippen mit seitlicher Spaltung vorgenommen und Catgut Knopfnaht angelegt wird. Hierauf wird zunächst aus dem vorderen prolabirten Scheidengewölbe und danach aus dem hinteren je eine Ellipse excidirt und jede sofort nach sorgfältiger Blutstillung mit Silberdraht-Knopfnähten vernäht. Nun wird der Prolaps reponirt und die Episioraphie nach Sänger ausgeführt.

Es wird mittels Kniescheere ein 3 cm langer Querschnitt in die Scheidewand zwischen Mastdarm und Scheide angelegt, nachdem dieselbe durch einen in das Rectum eingeführten Finger vorgewölbt war. Hierauf erfolgen 2 Schnitte senkrecht auf den ersten bis zur Labionymphal Grenze. Der Schnitt in der

Scheidewand ist $1^1/_2$ cm tief. Der so umschnittene Scheidenlappen wird nach vorn gezogen, wodurch eine 4eckige breite Wundfläche entsteht. Die beiden Längsränder werden mittels Silberdraht und Peasleescher Nadel mit 3 Suturen exact vereinigt. Hierauf erfolgt auch die Naht der Wundflächen des Scheidenlappens, wodurch ein fester Sporn gebildet wird, der von hinten in den Scheideneingang hineinragt. Die Nahtlinie wird mit Jodoformpulver angeblasen mit Gaze bedeckt und eine ⊤ förmige Binde angelegt. Zu bemerken ist noch, dass die Excision aus der vorderen Scheidewand etwas zu knapp ausgefallen war, da diese schliesslich noch etwas prolabirt war. Der Damm ist 4 cm lang und sehr dick.

Am 9. Tage erfolgte die Herausnahme der oberflächlichen Seiden-Suturen aus dem Damm. Die Drahtnähte sind völlig eingewachsen und können nicht entfernt werden, weil sie zu kurz abgeschnitten sind. Am 4. Januar wurden 3 Drahtnähte, welche mit der Hand zum Durchspiessen gebracht waren, entfernt. Die Patientin erhält die Erlaubniss aufzustehen. Am 10. Januar erfolgt die Herausnahme der übrigen Nähte aus dem Damm und aus der Scheide. Die Wunden in der Scheide sind linear per primam intentionem geheilt. Die Drahtsuturen haben nicht die geringste Reaction verursacht. Die Temperatur ist stets normal gewesen. Die Nach-

behandlung besteht in Scheiden Irrigationen. Am 21. Januar wird Patientin geheilt entlassen.

2ter Fall: Die 48 Jahr alte Frau L. aus Stralsund ist bis zu ihrem 14. Jahre immer gesund gewesen. Menstruirt wurde sie zum ersten Male im 16. Lebensjahre. Die Menses traten regelmässig alle 4 Wochen ein, dauerten 3 Tage, waren reichlich, mit Schmerzen verbunden, ohne Stücke, Fluor war nicht vorhanden und hatten zuletzt Weihnachten 1887 stattgehabt. Kinder hat Patientin 8 gehabt, die Geburten waren normal. Patientin leidet seit Jahren an einem unvollkommnen Dammriss und dessen Folgezuständen. Die Beschwerden bestehen bei Anstrengungon wie Heben in Drängen nach unten.

Status praesens vom 20. Februar:

Patientin ist von mittelgrosser Statur, gracilem Bau. Ihre Ernährung ist schlecht, die Farbe blass, der Appetit gering, der Stuhlgang ist angehalten, der Urin normal.

Bei der bimanuellen Untersuchung ergiebt sich dass der Uterus retrovertirt, die Scheide weit ist, die hintere Wand, welche beim Drängen vorfällt, st hypertrophirt, ebenso der Harnröhrenwulst. Der Damm ist $1^1/_2$ cm lang, zeigt unregelmässige Einrisse von etwa 2 cm Ausdehnung, in Folge deren der Scheideneingang klafft.

Diagnose: Ruptura perinei incompleta inveterata. Prolapsus vaginae.

Operation: Die Operation fand am 25. 2. 1888

in Narkose unter den üblichen peinlichen aseptischen Cautelen statt. Zunächst erfolgt die quere Spaltung des Perineal-Restes in der Breite von $3^1/_2$—4 cm mittels der Richter'schen Kniescheere, nachdem vorher aus der hintern Scheidenwand ein elliptisches Stück entfernt und der Defect durch Silbersuturen geschlossen war. Der Querschnitt, auf dessen Endpunkten 2 senkrechte Schnitte nach der Labionymphal-Grenze aufgesetzt wurden, fiel etwas zu nahe an die hintere Scheidenwand, wodurch der sogenannte Scheidenlappen sehr dünn wurde und die durch ihn gelegten Nadeln wiederholt in der Scheide erschienen. Aus dem $1^1/_2$ cm tiefen Schnitt erfolgte reichliche Blutung. Die Vereinigung der Wundränder erfolgte in der typischen Weise durch Silberdrahtnähte, die Wundstelle wird mit Jodoformpulver angeblasen, mit Jodoformgaze bedeckt und darauf eine T-Binde angelegt.

27. 2. 88. Der Urin wird durch Katheterismus entleert. Der Scheidenlappen sieht durch Hämorhagie sehr stark blauroth aus, auch zu beiden Seiten der Perinealwunde sind Sugillationen bemerkbar.

27. II. 88. Patientin wird katheterisirt; der Scheidenlappen ist nekrotisch Die Sugillationen sind im Verschwinden. Aus der Scheide findet starke Secretion statt.

3. 3. 88. Es erfolgt die Herausnahme der oberflächlichen Nähte, die zum Theil durchgeschnitten sind.

5. 3. 88. Es erfolgt die Herausnahme der tiefen Silberdrahtnähte, von denen nur 3 gefunden werden, während die 4. und oberste durchgeschnitten zu sein scheint.

Patientin wird am 15. 3. geheilt entlassen.

3. Fall: Die 46 Jahr alte Frau G. aus Pasewalk ist bis zu ihrem 14. Lebensjahre kränklich gewesen, Menstruirt wurde sie zum ersten Male im 20. Lebensjahre. Die Menstruation fand von da ab regelmässig alle 4 Wochen statt, dauerte 5—6 Tage, war reichlich, ohne Schmerzen, ohne Stücken, Fluor war vorhanden. Die letzte Menstruation ist zur Zeit der Aufnahme 26. 3. 1888 noch vorhanden. Patientin hat 12 Geburten und 3 Aborte hinter sich. Seit dem letzten Wochenbett im Anfang Juli hat sie Fieber und klagt über Brust- und Leibschmerzen. Seit dieser Zeit bestehen auch die Beschwerden, wegen deren die Aufnahme in die Universitätsklinik nachgesucht wurde. Dieselben bestehen in Brust- und Kopfschmerzen, das Gefühl eines Klosses im Halse, Drängen in den Geschlechtstheilen unter Heraustreten der Scheidewände. In letzter Zeit ist auch die Regel ausserordentlich schmerzhaft gewesen.

Status praesens.

Patientin ist von grosser Statur, gracilem Bau, schlechter Ernährung und blasser Farbe. Ihr Appetit ist gering, der Stuhl angehalten, der Urin normal. Bei der bimanuellen Untersuchung zeigt sich, dass

die Scheide sehr weit ist nnd die Wände sich vorwölben. Der Uterus ist normal gross, antevertirt, völlig frei beweglich. Die Portio vaginalis ist sehr dick, der Muttermund quer gespalten. Es ist starker Fluor albus vorhanden. Uterus und Ovarien sind auf Druck empfindlich. Bei starkem Pressen, sowie bei Zug mit der Kornzange tritt sowohl vordere wie hintere Scheidenwand zum grossen Theil aus den übrigen Geschlechtstheilen heraus.

Der Damm ist normal lang, indessen ist der Introitus vaginae doch so weit und schlaff, dass man bequem mit der halben Hand eingehen kann.

Diagnose: Prolapsus parietis vaginae anterioris et posterioris.

Operation: Die Operation wurde am 28. 3. 88 ausgeführt, indem zunächst aus der vorderen Scheidewand eine Ellipse excidirt wird, die Schleimhaut mit der Scheere sorgsam abgetragen und durch 4 Silberdrähte und entsprechende Catgut-Nähte der Defekt geschlossen wird. In gleicher Weise wird in der hinteren Scheidewand operirt und auch hier der Defekt mit 3 Silberdrähten und einigen Seidennähten geschlossen. Der Defekt war hier an der breitesten Stelle mindestens 4—5 cm breit und ging sehr hoch in die Scheide hinauf, trotzdem war nach der Naht der Scheiden-Ueberfluss sehr gross.

Die Perineoraphie wurde in der von uns beschriebenen Weise ausgeführt. Auch hier wurden Silberdraht- und Seiden-Nähte gebraucht. Der neue

Damm war sehr lang, die Scheidenöffnung klein und eng, der Blutverlust ziemlich stark. Am 7. Tage werden die zum Theil eingeschnittenen Seidensuturen entfernt. Am 10. Tage findet die Entfernung der 3 im Damm befindlichen Silberdrähte statt. Am 19. 4. werden Silberdraht- und Seidensuturen aus der Scheide herausgenommen. Die Colporaphie-Wunden sind gut verheilt, die Scheide noch immer sehr faltig. Am 21. 4. wird Patienin geheilt entlassen.

IV. Fall. Frau S. ist eine Privat-Patientin. Dieselbe hat 4 Kinder gehabt, beim ersten den Riss acquirirt. Sie ist sonst gesund, klagt aber über Reiz und Schmerzen in den Geschlechtstheilen, Drang nach unten und das Gefühl der Wundheit an der Scheide.

Diagnose: Ruptura perinei incompleta inveterata. Leichte Senkung der vorderen Scheide.

Die Operation fand am 28. 2. in der typischen Weise statt. Die Operationswunde heilte unter Eiterung der oberflächlichen Seidennähte, doch brachte dies keinen Nachtheil, da dieselbe in der Tiefe vollständig vereinigt war. Patientin wurde am 18. 3. geheilt entlassen.

Nicht blos bei veralteten Dammrissen, sondern auch bei Erschlaffung des Dammes und des Beckendiaphragma hat die Perineoplastik nach Sänger mit gutem Erfolge Anwendung gefunden, wie aus dem Folgenden hervorgeht.

V. Fall. Martha Brackerock aus Greifswald hat die Hilfe der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zum ersten Mal am 22. 2. h. a. angerufen, der damalige Befund war folgender:

Patientin ist bis zu ihrem 14. Jahre immer gesund gewesen. Menstruirt wurde sie zuerst im 17. Jahre. Von da alle 2 Wochen. Die Menstruation dauerte. 5 bis 6 Tage, war reichlich, ohne Schmerzen, ohne Stücken, Fluor war nicht vorhanden. Die letzte Menstruation war am 20. Februar beendet. Die Beschwerden der Patientin bestehen darin, dass sie seit etwa einem Jahre das Gefühl hat, als ob ihr beim Heben etwas aus der Scheide herausfiele. Eine Ursache weiss sie nicht anzugeben. Bei grösseren Anstrengungen fällt der Uterus und die Scheide vollständig vor die äusseren Geschlechtstheile vor.

Status praesens vom 22. 2. 88. Patientin ist von gracilem Bau, mässiger Ernährung und gesunder Farbe. Ihr Appetit ist gut, der Stuhlgang regelmässig, der Urin normal. Bei der bimanuellen Untersuchung zeigt sich der Scheideneingang eng, Hymen ist nicht mehr vorhanden. Die Scheide ist sehr weit und in grosse Falten gelegt, so dass es schwer ist, die Portio in den grossen Taschen zu finden. Der Uterus liegt vollständig retrovertirt im hintern Scheidengewölbe, ist starr, leicht beweglich und lässt sich bimanuell ohne Schwierigkeit reponiren. Dabei hat er aber eine Neigung, nach links abzuweichen und lässt sich nur schwer nach

rechts hinüberschieben. Nirgends finden sich spannende Stränge. Bei der Schlaffheit seiner Bänder fällt er leicht wieder zurück. Die Untersuchung mit der Sonde ergiebt eine mit der äusseren Untersuchung übereinstimmende Vergrösserung um das Doppelte seiner Länge, die grösstentheils auf die zu einem fingerdicken Stiel ausgezogene Portio supravaginalis kommt. Die Portio vaginalis ist klein, zapfenförmig, ohne Einrisse. Es gelingt ohne Mühe mittels der Muzeux'schen Zange die ganze Scheide mit der Portio supravaginalis vor die äusseren Geschlechtstheile zu dislociren, wobei auch ein Theil der Blase mit vorfällt. Therapeutisch wurde damals Massage nach Ture Brand angewandt.

Am 1. 3. ist der Uterus beträchtlich, fast zur Norm verkleinert, liegt hoch nach links retrovertirt, fällt nicht mehr vor. Die vordere Scheidenwand dagegen fällt noch vor. Die Scheide ist noch sehr weit.

Am 10. 3. Der Uterus bleibt seit mehreren Tagen antevertirt und ziemlich hoch liegen. Prolaps der vorderen Scheidenwand ist vorhanden. Lüftung und Massage werden fortgesetzt.

Am 20. 3. Der Uterus ist gut antevertirt liegen geblieben. Scheide ist noch sehr weit, Prolaps der vorderen Scheidenwand noch vorhanden.

Diese anfängliche Besserung war leider nur scheinbar, sie beruhte augenscheinlich nur auf der Ruhe, welche Patientin in dieser Zeit genoss.

Als einziges Resultat musste schliesslich eine Verkürzung des Cervix angesehen werden, Damm, Beckendiaphragma, Ligamente des Uterus waren und blieben von so ausserordentlicher Schlaffheit, dass bei der geringsten Anstrengung ausserhalb des Bettes sofort Retroversion und Prolaps eintraten. Es wurde daher beschlossen, operativ die hypertrophische Scheide zu verengern und durch Herstellung eines dicken tragfähigen Dammes dem durch seine Ligamente schlecht gehaltenen Uterus einen sicheren Halt zu geben.

Die Operation wurde am 11. 4. 88 ausgeführt und zwar in typischer Weise nach Sänger. Sämmtliche Nähte wurden diesmal mit Silberdraht angelegt. Vor der Perineoraphie war in derselben Sitzung die Kolporaphia anterior et posterior gemacht worden. Patientin ist ohne Fieber, befindet sich wohl, die Wunde ist im guten Heilungszustande.

VI. Fall. Die 53 Jahre alte Frau J. aus Jarmen hat 10 mal geboren und 3 mal abortirt. Diagnosticirt wird ein prolapsus vaginae parietis posterioris, retroversio uteri, ruptura perinei incompleta inveterata.

Patientin wird am 12. V. operirt und zwar in Narkose. Es wird zunächst eine dreieckige Anfrischung der hinteren Scheidenwand und Naht mit 13 Silbersuturen vorgenommen. Hierauf erfolgt die ⊓ förmige Anfrischung des Dammes nach Sänger. Die Wundränder werden mit 3 tiefen Peaslee'schen

Nadeln und 6 oberflächlichen Silberdrahtsuturen vereinigt. Der gebildete Damm ist sehr lang und dick.

Patientin ist fieberfrei und schmerzlos. Der Heilungsprozess geht nach Wunsch vor sich.

Für die gütige Ueberweisung und für freundliche Unterstützung in der Ausführung dieses Themas meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Pernice meinen besten Dank auszusprechen, ist mir eine angenehme Pflicht.

Lebenslauf.

Ich, Feodor Schubert, Sohn des verstorbenen Königlichen Zahlmeisters im 1. Schles. Husaren-Regt. Nr. 4 Carl Schubert und dessen Ehefrau Johanne, geb. August wurde geboren am 19. Juli 1859 in Oels und evangelisch getauft. Nach der Versetzung meines Vaters nach Ohlau besuchte ich Elementarschule und Gymnasium dieser Stadt und verliess letzteres Michaelis 1878 mit dem Zeugnis der Reife. Bis Ostern 1883 widmete ich mich dem Studium der Rechtswissenschaften auf den Universitäten Berlin und Breslau. Meine Dienstpflicht genügte ich vom 1. April 1878 bis 1. April 1880 in Breslau. Ostern 1883 siedelte ich nach Greifswald über um Medizin zu studiren. Am 10. März 1885 bestand ich das Tentamen physicum, am 5. Mai 1888 die medizinische Staatsprüfung und am 9. Mai 1888 das Examen rigorosum In meiner Studienzeit hörte ich die Vorlesungen und Kliniken folgender Herren Professoren und Docenten:

A. Budge. J. Budge. Frhr. von Feilitzsch. Gerstäcker. Grawitz. Helferich. Holz. Krabler. Landois. Limpricht. Löbker. Münter. Mosler. Pernice. Frhr. v. Preuschen-Rinne. Schirmer. Schulz. Sommer.

Allen diesen Herren spreche ich an dieser Stelle meinen wärmsten Dank aus.

Thesen.

I.

In allen Fällen von Perineoraphie ist die Methode von Sänger anzuwenden.

II.

Bei hochsitzender carcinomatöser Mastdarmstrictur ist die Colotomie und Anlegung des anus praeternaturalis der Resection des Kreuzbeins und Exstirpation des Rectums nach Kraske vorzuziehen.

III.

Der Crede'sche Handgriff in der Nachgeburtsperiode richtig und rechtzeitig angewandt, ist der neuerdings wieder empfohlenen Methode des Abwartens entschieden vorzuziehen.